

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PRE-ADMISSION

Nom : _____ **Prénom :** _____

+ Copie Carte
Nationale d'Identité

Nom de jeune fille : _____

Date : _____ **lieu de naissance :** _____

Religion (facultatif) : _____

Situation de famille (rayer les mentions inutiles) : célibataire – marié(e) – veuf(ve) – divorcé(e)

Adresse : _____

Téléphones : domicile : _____ portable : _____

(En vue de votre convocation, merci de nous tenir informés de toute modification)

Profession : _____

REGIME OBLIGATOIRE

N° de Sécurité Sociale :

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale (ou autre) : _____

ou de la section M.G.E.N. : _____

+ Copie de
l'attestation de
votre carte vitale

REGIME COMPLEMENTAIRE

Appartenez-vous à la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale ? oui non

Si non, appartenez-vous à une autre Mutuelle ? Laquelle ? (précisez nom et adresse) :

N° de matricule : _____

+ Copie de
l'attestation de votre
complémentaire

Personnes à prévenir en cas d'évènement grave :

Nom – prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

Séjours antérieurs au Centre Médical de Sainte-Feyre (indiquez l'année) :

Date d'admission souhaitée : / /

Etablissement souhaité : Service SSR souhaité :	<i>A compléter par service SSR</i> Suites données à la demande : - demande acceptée <input type="checkbox"/> Entrée prévue le : - demande refusée <input type="checkbox"/> o Motif : - demande à compléter <input type="checkbox"/> Nom qualification et signature :
--	---

Date de la demande ____/____/____	Date d'entrée souhaitée ____/____/____
Etablissement demandeur :	Service demandeur (Tél + N°Fax) :
Nom du Médecin adresseur + signature :	
IDENTIFICATION DU PATIENT <i>Joindre une fiche administrative</i>	
Nom : _____ Prénom : _____	Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse :	Téléphone : _____ INS : _____
Personne à prévenir : _____	Lié : _____ Tél : _____

Médecin Traitant : (nom + prénom + coordonnées)

DOSSIER MEDICAL
Diagnostic principal :
Le patient est il informé du diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non La famille est elle informée du diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de l'intervention : ____/____/____

Objectifs de la Prise en charge en SSR			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education thérapeutique (stomie, diabète...) ▪ Rééducation (PEC sup à 2h/jour) ▪ Réadaptation ▪ PEC immobilisation ▪ PEC dénutrition ▪ Réadaptation sociale et professionnelle ▪ Autres (à préciser) _____ 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pré/post chimiothérapie ▪ Radiothérapie ▪ Surveillance/équilibre des thérapeutiques spécifiques ▪ Si soins palliatifs 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Le patient est il informé de ce type de soins: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		La famille est elle informée de ce type de soins: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Antécédents : <u>Médicaux</u> <u>Chirurgicaux (+ date)</u>	
- - - - -	
Allergies :	

transfusions : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -----	(date : ____/____/____)
BMR <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -----	(laquelle : _____)
<u>TRAITEMENTS (en cours et à poursuivre)</u>	
Oral (avec dosage et posologie) :	Injectable :
- - - - - - - -	- - - - - - -
Perfusion : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Alimentation entérale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (produit : _____)	
Alimentation parentérale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<u>Assistance technique :</u> - Voie veineuse centrale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Voie veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Site implantable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Hétéro sondage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Gastrostomie – jéjunostomie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Sonde naso gastrique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Sonde vésicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - VAC <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	- Dialyse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Aspiration <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Iléostomie-urostomie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Colostomie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Examens complémentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (joindre RV)
<u>Assistance ventilatoire :</u> - Trachéotomie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - VNI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	- Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Pansements :</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Localisation : _____ - Durée d'exécution : < à 30mn/jour <input type="checkbox"/> > à 30mn/jour <input type="checkbox"/>	<u>Escarres :</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Localisation : _____ - Durée d'exécution : < à 30mn/jour <input type="checkbox"/> > à 30mn/jour <input type="checkbox"/>
Poids : _____ IMC : _____	Régime alimentaire :

AUTONOMIE

Hygiène

- | | | | |
|---------------------|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| - Toilette du haut | <input type="checkbox"/> sans aide | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| - Toilette du bas | <input type="checkbox"/> sans aide | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| - Habillage du haut | <input type="checkbox"/> sans aide | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| - Habillage du bas | <input type="checkbox"/> sans aide | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |

Alimentation

- | | | | |
|--|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| - Se servir (couper viande, peler 1 fruit) | <input type="checkbox"/> sans aide | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| - Manger | <input type="checkbox"/> sans aide | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |

Elimination

- | | | | |
|------------|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| - Urinaire | <input type="checkbox"/> sans aide | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| - Anale | <input type="checkbox"/> sans aide | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |

Déplacements

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| - Transferts (lit/fauteuil) | <input type="checkbox"/> sans aide | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| - Intérieur | <input type="checkbox"/> sans aide | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| - Extérieur | <input type="checkbox"/> sans aide | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |

Avec canne Avec déambulateur Avec fauteuil roulant

Vision normale Diminuée Cécité
 Audition normale Diminuée Surdité

Etat psycho comportemental :

- Difficulté de compréhension ----- Oui Non
- Difficulté de communication ----- Oui Non
- Si Oui : Aphasie Langue étrangère (laquelle : _____)
- Problème de déambulation ----- Oui Non
- Problème de d orientation ----- Oui Non
- Risque de fugue ----- Oui Non
- Opposition/agressivité ----- Oui Non

ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL

Etat social :

- | | | |
|-----------------------------|--|---|
| - Vit seul | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | (préciser : _____) |
| - Situation professionnelle | <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Invalidité | |
| - Situation familiale | <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) |
| - Mesures de protection | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| préciser : _____ | | |

Plan d'aide antérieur :

- | | |
|---|---|
| - IDE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - SSIAD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Aide ménagère <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - HAD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Télé alarme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Garde de nuit <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - Repas à domicile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Proches <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

Devenir prévisible :

- | | |
|---|---|
| - Réhospitalisation prévue le : _____ | - Souhait de la famille : _____ |
| - Souhait patient : _____ | |
| Retour à domicile <input type="checkbox"/> | Retour à domicile <input type="checkbox"/> |
| Hébergement en institution <input type="checkbox"/> | Hébergement en institution <input type="checkbox"/> |

Démarches effectuées par l'établissement adresseur :

Nom fonction de la personne qui a complété cet imprimé

Signature

ATTENTION : TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE